

La *paranoia fondativa* come impossibile elaborazione del dolore. Istituzione, mito fondativo e pensiero magico

P. COLAVERO

RIASSUNTO

Questo breve lavoro prova a dare senso ad una situazione di stallo istituzionale che si è notata per alcuni anni all'interno di un Servizio Ospedaliero di Oncoematologia Pediatrica. Il Reparto, nato da un'associazione di genitori e con l'assunzione di un Primario proveniente dall'esterno, è stato vissuto da sempre in maniera ambivalente dall'istituzione madre: a un'estrema gratitudine fa da contraltare un vivo risentimento per l'invasione del sacro confine (istituzionale) della stessa e quindi per la denuncia delle mancanze istituzionali che, senza dubbio, la fondazione di un servizio dall'esterno ha denunciato al territorio. Con questo testo, risultato di un progetto di cura del contesto, si prova a delineare un'idea di lavoro possibile sui rapporti tra il Servizio e l'Istituzione protagonisti dello scritto, nonché a portare un contributo di esperienza alla letteratura sul mentale dell'istituzione e la fondazione dei Servizi di cura.

PAROLE CHIAVE: psico-oncologia, paranoia, istituzione, pensiero magico, psicoanalisi delle istituzioni.

*In un ospedale di vetro possono
essere eseguite riparazioni, ma non
si può certamente essere guariti*
Ernst Jünger

*C'è sempre la vaga sensazione che la conversazione
elevata in francese o inglese possa essere
interrotta da un commando di guerriglieri,
ma nessuno sembra scomporsi per questo*
Bruce Chatwin

Psicologo, psicoterapeuta (diplomato IIPG), psicopatologo di formazione fenomenologica, consulente UOC Oncoematologia pediatrica ASL Lecce, Lecce

Ass. Per un Sorriso in più, vice redattore-capo rivista *Comprendere*, Società Italiana per la Psicopatologia Fenomenologica, Scuola di Psicoterapia Fenomenologico-Dinamica, Professore a contratto Università d'Annunzio di Chieti-Pescara, Docente IIPG, Maglie (LE)

Indirizzo per la corrispondenza:
Paolo Colavero
E-mail: paolocolavero@gmail.com

© Copyright 2018 CIC Edizioni Internazionali, Roma

SUMMARY

With this short paper about an Onco-Hematological Pediatric Service in South Italy, we try to make sense about an impasse in a public health institution that goes on since its foundation. The OHP Unit, built 20 years ago by a parents association, is lived indeed in an ambivalent way by the major Health Local Institution (ASL): gratefulness for the help received by normal citizens it goes with utmost grudge caused by the lived invasion of the holy institutional border (the sacrum) by non-insiders, and the consequent exposé of the institutional laks. With this paper, final achievement of a unit project of environment care, we try to set up a work suggestion about the connection between the Unit and the major Local Health Institution described in this paper and furthermore to provide a new hands-on contribution about the mental of the institution and the foundation of the health services in general.

KEY WORDS: psycho-oncology, paranoy, institution, magic thought, psychoanalysis of the institutions.

Due ipotesi sull'istituzione e il senso del lavoro sugli operatori

Il presente lavoro, scritto a qualche mese dal termine di un progetto di formazione-supervisione di gruppo in Oncoematologia Pediatrica, affronta la situazione di difficoltà in cui versa il Servizio nel quale ho lavorato, cercando di ricavare un possibile senso condiviso allo stato di incompletezza che ha attanagliato la UOC dal momento della sua stessa fondazione e sino a poco tempo fa. Si prova così a dare un senso ad uno stato di cose che la maggior parte delle persone riterrebbero privo di spiegazione, senza evidenti ragioni e quindi evidentemente insensato.

Ma è proprio a questa evidente assenza di ragioni e alle spiegazioni insoddisfacenti che mi appello per riuscire a sviluppare nell'altro (in questo caso il lettore) la mia stessa curiosità: è questo, per quel che mi

riguarda da sempre, il momento di avvio della domanda di senso, il punto di svolta alimentato dalla curiosità. Maria Armezzani (1996) parlerebbe in questo caso dell'*insoddisfazione metodologica* del fenomenologo, insoddisfazione per la lettura banale del mondo messa in atto in maniera automatica, insoddisfazione che in questo caso verte sulla *questione istituzionale*, che i miei maestri psicoanalisti¹ mi hanno da sempre insegnato ad osservare in maniera *binoculare* (Bion)².

Per farlo proverò ad appoggiarmi a quanto visto e sentito personalmente, a quanto vissuto in gruppo, e quindi alle teorie e ai lavori di alcuni tra gli psicoanalisti e psicopatologi che hanno provato in questi decenni a interrogare il funzionamento delle istituzioni di cura e degli operatori, ricavandone modi generali di funzionamento e di confronto tra gruppi e all'interno dei gruppi, tra i quali posso citare l'elaborazione del *mito istituzionale di fondazione*, l'*inconscio istituzionale* e il *compito principale*, concetti che provano a definire solo alcune delle possibili ottiche attraverso le quali poter affrontare e illuminare le vicissitudini dell'istituzione e dei suoi protagonisti.

Le mie ipotesi spero così possano fornire nuovo materiale utile alla riflessione sul funzionamento delle istituzioni sanitarie, riprendendo e dando nuova spinta clinica, e quindi paradigmatica, alle teorie alle quali le lego. Credo poi si possano così, leggendo e osservando il presente a partire dal passato, sviluppare nuove prospettive sul lavoro che c'è da 'fare' per giungere ad un auspicabile ripensamento della situazione particolare che descrivo, dello stallo cui si è giunti per alcuni motivi che proverò, da un punto di vista strettamente psicoanalitico, a descrivere, stallo che deve essere analizzato e studiato a partire dal livello dell'inconscio istituzionale, un piano quindi 'altro' rispetto a quello delle volontà personali.

Il Servizio in cui lavoro è definito e sentito, non può essere altrimenti, tra quelli di particolare rilevanza collettiva innanzitutto per la missione cui lo stesso è deputato, ovvero la cura di gravi malattie organiche in infanzia e adolescenza, e quindi per l'angoscia e la disperazione tra le mura del quale il pensiero di una possibile cura deve farsi largo per poter

permettere agli operatori di svolgere al meglio il proprio lavoro.

La UOC, così vitale³ e indispensabile per tutto il territorio, è però incomprensibile e cronica situazione di carenza di personale, soprattutto personale medico, e quindi in costante attesa di decisioni definitive che mettano fine a detta carenza, nonché in situazione di stallo comunicativo tra gruppi e sottogruppi interni all'*équipe*.

Il Primario, medico pediatra e oncologa di chiara fama, mi ha contattato perché si era aperta la possibilità di far partire e portare così a termine un progetto di Formazione sul Campo (FSC) rivolto alla cura del *Burn-Out*. Lavorando all'idea, il lavoro viene adeguato all'ambiente e alla situazione attuale, il progetto viene introdotto e presentato alle infermiere dalle quali si apprendono bisogni, limiti e risorse, punti forti del Servizio:

“Dobbiamo prima prenderci cura degli operatori, poi potremo pensare ai pazienti!”.

Gli infermieri e gli operatori (compresi i volontari) rappresentano infatti l'interfaccia continua dell'istituzione di cura, il viso dal quale carpire messaggi e le labbra dalle quali attendersi una voce che sia comprensiva o invece direttiva, quando serve. Si intende facilmente quale *specializzazione emotiva* sia richiesta a questi operatori, oltre a quella tecnico-professionale, fornita quest'ultima dall'università.

Il primario (con una mossa di responsabilità e intuitiva consapevolezza delle dinamiche dei piccoli gruppi che mi accingevo a far nascere) afferma che parteciperà esclusivamente al primo incontro plenario - nel quale ho deciso di presentarmi quale conduttore e fornire al gruppo qualche idea teorica (generale e quindi imperfetta e imprecisa) sul funzionamento delle istituzioni curanti in genere - e quindi lascerà completamente il campo al gruppo, nel senso che non avrò naturalmente nessun obbligo di riferirle quanto fosse emerso nelle sedute, alle quali non avrebbe partecipato.

Il campo pare così definito: il primario di un Servizio costantemente in allarme per questioni, apparentemente solo istituzionali e organizzative mi chiama per lavorare sugli operatori. Nella libertà che mi concede, nella libera ospitalità che mi dona è sottintesa la difficoltà del mandato stesso e allo stesso tempo la possibilità di riuscire in qualche modo in qualcosa mai provato prima.

¹ Tra gli altri Francesco (Franz) Comelli, Marco Sarno, Mirella Curi Novelli, Massimo Simeone Hassan, Lella Citterio, Luigi Valera (che è stato anche supervisore del progetto portato avanti nel 2016) e Carlo Storer.

² Oscillando ovvero tra i due vertici coesistenti dell'attenzione al singolo individuo e quindi al gruppo, micro e macrogruppo, cui afferisce

³ Può un'istituzione sanitaria che affronta gravi e gravissime malattie essere vitale, apparire vitale a chi la osserva e soprattutto a chi la vive dal di dentro?

Ma perché gli infermieri, perché gli operatori?

La malattia colpisce, lo fa indistintamente, ma allo stesso tempo in maniera piuttosto precisa. Prima i pazienti e poi i familiari. In un secondo momento, in maniera più o meno evidente, colpisce (ma si potrebbe meglio dire *contagia*) i curanti, i medici, gli infermieri, gli psicologi e gli ausiliari che con essa, e soprattutto con il soggetto malato, le sue parole e il suo dolore, si trovano per mandato o missione ad aver a che fare quotidianamente.

Si tratta qui di pensiero, di capacità di pensare la malattia, quella finissima e imprescindibile capacità che permette di sentire l'altro al nostro interno, sentirlo nonostante sia difficile e doloroso; non è possibile infatti curarsi del paziente senza interrogarlo al nostro interno.

Il rischio, in caso di sofferenza istituzionale (e quindi personale), è quello di scindere il soggetto malato in due o più parti, così da immaginare di poter lavorare solo sul corpo e delegare la psiche ad altri, colleghi, operatori-psi quando non agli stessi familiari.

Non è però possibile separare l'esterno, gli oggetti-altri, senza prima aver separato al nostro interno il sentire e il pensare dall'agire, senza esserci scissi dentro⁴.

Gli operatori affrontano così il loro imponente carico di angoscia quotidiana, difesi quasi sempre e solo da un camice e da un mandato istituzionale che spesso però non coincide con quello personale (le scelte e i destini di ognuno si incrociano sino a definire la singola esistenza).

Quando l'Istituzione funziona, è essa stessa che permette al singolo di avvalersi della sua presenza, della sua 'protezione' sul lavoro, nonché della sua storia (garantendo per l'operatore).

Il *mito* di fondazione dell'Istituzione curante si fa invece spesso avanti senza la possibilità di essere controllato ed elaborato (come nella mia ipotesi è avvenuto nel caso qui in analisi), comportandosi così come una macchina spersonalizzante e onnivora, capace di fagocitare le storie dei singoli operatori e quindi lasciandoli soli, muniti unicamente del mandato di curare l'altro, spesso non potendosi curare a sufficienza neppure di se stessi.

In una Istituzione in crisi, il pensiero del gruppo e del singolo sul singolo non ha più posto: il patto tra l'operatore - a qualsiasi livello - e il mandato istituzionale (le *fondamenta* istituzionali) è minato dall'angoscia e dall'indeterminatezza. Quando il *Compito Primario* su cui si fonda il mito della nascita dell'Istituzione si rivela di difficile raggiungimento, l'Istituzione curante stessa può bloccarsi, trovarsi attaccata dall'interno (Kaës, 1988), in conseguenza del suo stesso tentativo di allontanarsi dal dolore che invece deve, per mandato, affrontare.

All'interno di una mente istituzionale che non riesce a pensare il dolore e la fine, gli operatori sono trattati da elementi concreti e non umani (*cose* da educare o eliminare), oggetti da addestrare e quindi utilizzare per il *nuovo* compito primario: allontanare ed evitare il dolore, e quindi evitarne il pensiero.

I singoli, i più deboli dei quali sono lasciati allo sbando, sono spesso in crisi, isolati dal gruppo di lavoro che si fa gruppo massa-totalizzante, ingovernabile e privo di *mente*.

L'operatore si vede così costretto ad agire il dolore per strade altre dal pensiero (burocrazia, automatismi spersonalizzanti, ubbidienza cieca a rigidi protocolli, silenzi, manierismi, assenze dal lavoro e sommatizzazioni), presenta spesso problematiche psichiche o somatopsichiche, quando non decide direttamente di abbandonare il proprio luogo di lavoro, divenuto inospitale e quindi inabitabile.

Prima ipotesi: la paranoia fondativa quale primum non-movens istituzionale

La prima riflessione vede al centro del discorso il non semplice confronto che vive sottotraccia tra il Primario (che si associa spesso all'Associazione Genitori che ha dato il via, economico, affettivo e non solo) e l'Istituzione madre ASL.

Nel sito dell'Associazione si leggono parole come *Desiderio, mettere a disposizione, bagaglio di esperienza, sostegno e malattia*. Parole pesanti, concrete, parole che richiamano un agire, parole che anche in conseguenza del loro gradiente di intollerabilità non possono restare unicamente traccia emotiva (la malattia passivizza) comune a una e tante vite ma che per questo si sono fatte azione (l'agire rende attivi), pensiero pratico: il Servizio nasce come risposta a queste parole pesanti.

⁴ "È mia convinzione che l'Io non possa scindere l'oggetto - interno ed esterno - senza che si produca una corrispondente scissione nel suo interno" Klein M. in Meltzer D. (1993), *Clastrum*, Cortina, Milano, p. 8.

A gestire il reparto, che nasce quindi come una possibile risposta creativa ai *viaggi della speranza* cui prima erano troppo spesso costretti i pazienti, è stato chiamato un noto clinico, impegnata ricercatrice universitaria.

La scelta della dottoressa, medico pediatra e oncologa, proveniente dall'ambiente della clinica universitaria e quindi solo dopo integrata in ASL, ha contribuito in qualche modo a rimarcare le differenze. Questo dato infatti, ovvero l'appartenenza – non appartenenza del Primario all'Istituzione madre, ha rappresentato un fattore fondamentale nell'equilibrio disfunzionale caratterizzante i rapporti di forza e collaborazione tra l'istituzione madre e la U.O.C.: l'associazione ha scelto a guida degli operatori del Servizio qualcuno di esterno all'istituzione pubblica, mossa che ha messo di colpo *il Primario come a guida delle schiere* (cit. Raniolo G., comunicazione personale - Catania 21.1.2017), così contribuendo a crearle un fronte fantasmatico opposto, quello della mente/ dirigenza istituzionale.

Nel corso del tempo l'Associazione si è arricchita poi della presenza ulteriore di numerosi volontari che hanno aderito all'iniziativa e che lavorano alle decine di attività che la stessa garantisce, ovvero il supporto globale, permanente e gratuito al Servizio (composto dal Reparto e dal Day Hospital) che è stato interamente attrezzato dall'Associazione. L'Associazione si occupa poi delle questioni economiche, dell'inserimento di unità a sostegno dell'équipe sanitaria, della formazione del personale di reparto, del finanziamento contratti di formazione per medici specializzandi.

Certo è l'ASL che ha permesso e autorizzato la fondazione del Servizio tra le proprie mura, in una concessione indispensabile alla fondazione del Reparto e del D. H., ma è come se allo stesso tempo fosse presente una certa qual marca di *rivalta* nei confronti della Istituzione madre da parte dei fondatori, il pensiero inconscio è il seguente: l'istituzione ha prima lasciato soli con la malattia i bambini e i propri genitori, costringendoli ai ben noti viaggi della speranza quasi sempre fuori regione, e quindi (in un secondo e più decisivo momento) ha costretto – nei fatti - gli stessi genitori, riuniti in associazione, a farsi carico della creazione di un intero Servizio Ospedaliero che potesse modificare lo stato di cose.

Una creazione figlia di un *bisogno* ma allo stesso tempo conseguenza necessaria di una *differenziazione* primaria e quindi di una frattura, per sua stessa natura dolorosa (Pinel 1986, p. 65):

“Ogni istituzione nasce da un desiderio di differen-

ziamento. Perché il desiderio dei fondatori prenda forma e realtà, spesso è necessario che questa differenziazione si affermi in modo radicale, ossia che la separazione si annunci come una frattura. Tale frattura si afferma come un rigetto delle vecchie istituzioni che, da istituzioni di affiliazione, acquistano lo statuto di cattivo oggetto violentemente ripudiato”.

Un rigetto che, anche pensando alla situazione emotiva che ha fatto da concime alla creazione del Servizio, nel nostro caso fa rima con *rivalta*, sentimento che appare legato a rabbia e rivendicazione: di fronte all'ondata di angoscia e dolore che investe una famiglia alla notizia della malattia di un proprio caro, per di più bambino (indifeso e indifendibile con le sole armi dell'affetto), l'Istituzione preposta alla cura e al supporto, alla formazione e alla tutela di *contenitori* adatti e pensati per la cura, si fa trovare impreparata, priva di mezzi sufficienti e adeguati a tenere insieme destini e famiglie 'nella salute e nella malattia', viene da dire. Angoscia e malattia come materiale incontenibile, non pensabile se non in certe precise condizioni tecniche e quindi mentali. Cito a questo proposito René Kaës (1988, p. 62):

“Qualunque sia l'istituzione, succede che essa espone i propri membri (e noi siamo tutti membri dell'istituzione ASL, come lo siamo della macro istituzione Stato, NdR) ad esperienze troppo angoscianti, senza fornire loro, in contropartita, esperienze sufficientemente soddisfacenti e in primo luogo meccanismi di difesa utilizzabili dai membri per proteggersi da tale angoscia (...) incapaci di offrire tale appoggio metadifensivo le istituzioni vengono perciò attaccate dai membri, la cui angoscia aumenta senza risorse possibili ponendoli di fronte a una sofferenza intensa, inestricabile, catastrofica”.

Meccanismo questo che ricorda molto da vicino il funzionamento del 'circolo vizioso' che è capace di creare nel bambino quello che Bion definisce *Terrore senza nome*: di fronte a un'emozione non elaborabile dalla mente del bambino, ancora non elaborabile, il piccolo prova a provocare e attendere quindi una prima elaborazione (contenerla è già in parte elaborarla) da parte della mente materna. Quando la madre non è però in grado (per le più svariate ragioni) di fare delle emozioni e delle sensazioni del figlio qualcosa di utilizzabile per il suo pensiero, quando non è in grado quindi di tenerle dentro di sé per poi tradurle per il proprio figliolo, le stesse paure, riproiettate indietro per mancanza di *rêverie*, tornano al bambino come un boomerang, con la forza di un *terrore senza nome* (Bion 1962).

La sostituzione messa in atto dall'Associazione nei confronti degli obblighi di cura del 'pubblico', denuncia una mancanza, della quale l'Associazione chiede conto all'Istituzione, chiede di farsi carico, ovvero di elaborare la propria imperfezione, le proprie mancanze. Dal nostro punto di vista però, chiedere ad una Istituzione di cura, per di più pubblica (e quindi marcata dall'aura sacra del pubblico, del comune), di elaborare e digerire la propria imperfezione, è un compito davvero complicato perché ha a che fare con il mito di auspicata e potenziale perfezione, socialmente e culturalmente condiviso. È ancora più difficile quando l'inconscio istituzionale, che in quanto tale si nutre di desiderio senza tempo, fantasie di onnipotenza e perfezione assoluta, deve fare i conti con i vuoti, i buchi e le imperfezioni della realtà istituzionale e della gestione pubblica della salute in generale. È come i genitori dei bambini avessero chiesto alla istituzione ASL di gestire il lutto della propria imperfezione, questione questa che abbisogna comprensibilmente di tempi e spazi adeguati, nonché di contenitori e interventi possibilmente non invasivi, che non scatenino quindi ovvie reazioni contrarie e simmetriche, quali espulsioni e contrattacchi.

La questione in oggetto, ovvero quella della *fondazione* dal basso di un servizio che si occupa di cura e guarigione, non può non richiamare il concetto di *trasformazioni* (per come lo definisce e tratta Bion), per cui un grande dolore, non pensabile, non elaborabile, come si vuole sia quello della perdita di un figlio, viene trasformato diventando qualcosa d'altro, di solido e reale come un nuovo Servizio:

"Bion definisce la trasformazione come la controparte fenomenica di O che permette, in quanto funziona come una congiunzione costante, di ricordare un fatto, uno stato emotivo o una rappresentazione" (Lopez Corvo, 2006).

L'*invariante* bioniana, quindi ciò che resta riconoscibile dopo che la trasformazione è avvenuta, ovvero ciò che rende possibile cogliere ex-post il dato pre-trasformazionale, è in questo senso il gradiente di *imperfezione* che passa e resta evidente dalla condizione di malattia (imperfezione organica, del corpo) a quella del Servizio nato dal dolore e preposto alla sua cura (che sarà affetto da un'imperfezione cronica, organica): l'imperfezione è salva, il passaggio dal corpo dei bambini al corpo dell'istituzione è avvenuto. Il dolore (TAIfa) si trasforma in un luogo di assistenza e cura (TBeta), la morte diviene speranza ma non salvezza, l'assenza

diventa presenza, che appare simile ad un'illusione⁵.

L'incompletezza del reparto permette così di ricordare l'imperfezione del corpo malato e le emozioni da cui è nato; in definitiva il reparto stesso potrebbe essere visto e vissuto, in molte sue caratteristiche, quale una rappresentazione della stessa malattia che combatte (recidive, o ritorni periodici di crisi, comprese).

La questione però di una fondazione messa in tale modo, che nasce come una rivalsa su base, mi si permetta di dire, disforica, come risposta a un dolore non elaborabile, non può essere, come detto, perfettamente lineare e non può mettere solo pace e ristoro; non può, almeno a livello inconscio (dell'inconscio istituzionale), essere accettata senza colpo ferire dall'istituzione madre che si vede scavalcata, che vede scavalcato il proprio mandato istituzionale, per quanto imperfetto, di tutela della salute, di creatrice di contenitori per il dolore e la speranza dei cittadini.

L'istituzione è sacra e l'associazione ha, con la fondazione di un nuovo Servizio, peccato in qualche modo di *lesa maestà*:

"Per l'inconscio, infatti, istituzione s'iscrive nello spazio del sacro. Questo spazio del terrore è quello dell'inizio, la fondazione: è lo spazio del *sacrum*. L'origine divina dell'istituzione le assicura potenza, legittimità, permanenza assoluta. L'istituzione è di diritto divino (...) essa assicura a ciascuno la sicurezza della legge solo nella misura in cui ognuno prende il proprio posto e contribuisce al suo mantenimento e al suo sviluppo. Chi è estraneo può essere sottoposto alla brutalità della forza: esso è, alla lettera, fuori legge" (Kaës, 1988).

Sin dal momento della sua inaugurazione, l'Istituzione madre ha faticato a far sì che il progetto andasse a completamento giungesse a compimento nella sua completezza sognata e immaginata normalità (se si vuole ricalcando il destino della legge 180/79 e della sua incompleta attuazione).

Attenzione, siamo qui a discutere di inconsci istituzionali, non certo di volontà di far fallire le cose ma di un blocco a livello inconscio che fa sentire i suoi effetti, che si manifesta in decisioni e non-decisioni precise che sabotano, in qualche modo, il lavoro per il completamento del comparto medico e non

⁵ Rappresentazione ingannevole proveniente da errore dei sensi, differente dall'allucinazione che, storicamente e in maniera errata, viene descritta come 'percezione senza oggetto'. Nel nostro caso, nel caso dell'illusione, l'oggetto reparto esiste, ma non viene in qualche modo percepito per come esso davvero è.

solo (l'immagine che viene in mente è quella dell'impianto di un organo in un corpo che non ammette il *dono* esterno e che quindi è preda di una reazione autoimmune che, naturalmente, provoca sofferenza in tutto il corpo sanitario e sociale del territorio).

Non si può non pensare qui, come mi ha suggerito in una illuminante conversazione Mirella Curi Novelli, al mito della Paranoia Primaria, così ben descritto da Fornari. In questo senso possiamo immaginare il momento della nascita del Servizio, ma soprattutto il periodo di gestazione dello stesso (che vede l'associazione avere ancora al proprio interno il sogno, il progetto del Servizio, ovvero i bambini del Futuro Servizio), come un periodo di grande agitazione e di paranoia. Le fantasie di morte dell'associazione (madre) e del progetto (figlio) sono costanti e onnivore, capaci di ondate di angoscia estrema dalle quali pare spesso impossibile difendersi. Il rapporto madre-bambino, ancora in costruzione, è così a rischio: c'è un estremo e urgente bisogno che l'angoscia venga proiettata all'esterno. Il padre (l'istituzione madre ASL) si fa così carico dell'ingrato ma necessario compito di fungere da parafulmine per l'angoscia della fragile coppia ancora in costruzione:

“La paranoia primaria ha lo scopo di bonificare questo rapporto e lo raggiunge facendo derivare dall'immaginario la persecuzione del parto dal padre anziché dalla madre” (Fornari, 1985).

La lettura delle mosse dell'Istituzione madre può essere letta così anche in questo modo, ovvero a partire dalla necessità per la coppia generativa, di avere un terzo da tenere lontano, qualcuno cui addossare le colpe dell'eventuale fallimento, una *responsabilità terza* che, infine, per via della gravità clinica delle situazioni che si affrontano nella UOC, pare essere utile coltivare e tenere ferma, ancorata.

La situazione è ancora oggi bloccata ad un livello di incetezza, questione irrisolta che nemmeno il cambio al vertice di numerosi Direttori Generali ha mai sbloccato, essendo, qui la mia idea, *la questione da dirimere una questione tra Istituzioni, tra inconsci istituzionali*, e non (solo) questione di persone e volontà personali⁶.

⁶ Quando correggo l'ultima bozza (giugno 2018) del mio lavoro, a due anni dal mio intervento, la situazione si è parzialmente modificata, grazie ad un concorso che ha permesso l'arrivo di quattro nuovi medici.

Seconda ipotesi: il pensiero magico e la difficoltà di tollerare il dolore

Una seconda lettura possibile del travaglio che affligge il gruppo degli operatori e l'Istituzione tutta, che si manifesta all'esterno, come detto, nell'immagine del conflitto Servizio contro ASL, e all'interno come conflittualità manifesta e turn-over, silenzi e insoddisfazione, è la lettura che ha al centro la questione del *dolore* e più propriamente della sua possibile (o meno) elaborazione.

Il cronico mancato completamento del Servizio nella sua componente umana, e più propriamente medica (per non dire psicologica), e il suo comunque garantito funzionamento con ottimi standard di cura e di assistenza a malati e famiglie (con comprensibili costi altissimi per la vita privata, innanzitutto, dei medici), denuncia in qualche modo, a mio parere, la modalità di pensiero propria dell'Istituzione madre, modalità che definirei *magica*. Mi spiego meglio.

A mio parere, l'Istituzione pare incapace anche solo di pensare il dolore che il Servizio è chiamato ogni giorno ad affrontare, lo stesso che la mente del servizio è chiamata ad elaborare o tentare di elaborare. Incapace di poter fare della propria incapacità un pensiero, l'istituzione madre continua come a non vedere e prendere coscienza dello stato di carenza di personale in cui versa un suo importante Servizio⁷.

Alla prosecuzione, sempre-la-stessa, di questo (magico), felicemente tragico stato di cose, hanno contribuito e ancora contribuiscono gli interventi economici e organizzativi dell'Associazione *in primis*, e quindi il sacrificio dei medici che da anni sostengono il servizio, facendo, è qui il punto fondamentale, andare avanti magicamente il servizio come fosse al completo di organico.

La mia idea è che *la mente istituzionale approfitti inconsciamente della situazione per continuare a non pensare*: in una modalità molto pericolosa, giustificata dal pensiero magico, fa del dimenticare un

⁷ Restando su di un piano inconscio, l'assenza per molti anni del Servizio dal piano sanitario è stato forse il più chiaro segnale della difficoltà estrema della mente istituzionale a pensare la malattia, pensiero che la fondazione del Servizio da parte dell'Associazione ha messo in gioco e chiesto di tollerare, permettendo così di affrontarlo ma, ad oggi evidentemente, non di elaborarlo in pieno. Allo stesso tempo si nota la difficoltà a pensare la fondamentale figura dello psicologo all'interno di tali servizi, una difficoltà che fa il pari con la difficoltà a pensare *tout-court* tali contenuti, come dire: se non abbiamo lo psicologo vuol dire che non c'è nulla di pericoloso da dover pensare.

modo di elaborare; come afferma Etty Hillesum, citata da Roberta De Monticelli (2008):

“Lo sentiamo dire ogni giorno e in tutti i toni: non vogliamo pensare, non vogliamo sentire, vogliamo dimenticare il più possibile. E questo mi sembra molto pericoloso”.

È come se l'Istituzione madre non riuscisse a trasformare il dolore del reparto (quello che il Servizio affronta insieme al proprio dolore nello scoprirsi imperfetto) in qualcosa di utile alla sua elaborazione: quindi in mezzi per la stessa cura della malattia e del pensiero.

In questo modo, come detto, la mente istituzionale ottiene il vantaggio di poter pensare in maniera magica, primaria, applicando alle cose il pensiero magico proprio del bambino, ovvero il vantaggio di riuscire ad evitare il dolore.

Il pensiero magico, tipico dello stadio infantile e del modo primitivo di pensare, vive di 'partecipazione mistica' con gli oggetti e le cose, vissute come animate e fornite di intenzionalità. Insieme al pensiero magico, si oppone al pensiero realistico (*pensiero di lavoro*, direi richiamandomi al concetto bioniano di *gruppo di lavoro*) anche il *pensiero dereistico* i cui contenuti si riferiscono ai bisogni e alle fantasie al punto di stravolgere la realtà, proprio come si ha nelle condizioni deliranti.

Così, sulla spinta di un'angoscia intollerabile provocata da un *terrore senza nome* (per la mancanza primaria del contenitore istituzionale capace di metabolizzare le angosce di morte), il contributo del pubblico si muove non avendo un legame se non dereistico con la realtà che si potrebbe riassumere così: “Non ci credo ma funziona”, oppure “Va bene anche così, eppur si muove!”⁸.

L'intervento è così guidato solo dal bisogno di far cessare l'angoscia ad ogni costo e quindi in maniera magica: il dolore e la malattia vengono gestiti magicamente, con pochi medici e infermieri in continua difficoltà materiale ed emotiva che riescono, incredibile a dirsi, a portare avanti il Servizio. Magicamente si va avanti!

È in atto qui lo stesso meccanismo che porta al delirio, se pensiamo, come in molti pensano, che il delirio sia solo secondario, ovvero una reazione a una percezione errata, a delle dispercezioni magari uditive o visive, nel caso delle sostanze, a delle sensazioni soggettive (i c.d. *Sintomi Base*) che infastidiscono il paziente per mesi e anni prima che lo stesso riesca, per l'irrefrenabile istinto *sensopoietico* umano, a dare un senso (delirante) alle stesse sensazioni e percezioni.

In questo senso il delirante, come dice Mario Rossi Monti, *sacrifica il sociale per il personale*, preferisce, ovvero, una soluzione delirante ad una mancanza angosciante di soluzione, preferisce la pace che giunge dall'aver compreso finalmente cosa accade (anche fosse una comprensione terrificata e/o maldestra) di contro alla sosta eterna nel mare dell'indeterminato e dell'incomposto, nel mare delle nebbie. In qualche modo, così, la soluzione adottata sino a poco tempo dall'istituzione per la sopravvivenza del reparto è di marca delirante, secondaria ad un'intollerabile angoscia, quella del dolore in sé e della malattia unita alla consapevolezza della propria impreparazione primaria e quindi del ritardo cui è giunta a prendersi carico del problema.

Si tratta in qualche modo di una vera e propria *anestesia* emotiva del pensiero del dolore; ma a quale livello? È implicato qui, a mio parere, il livello della *mente sociale*, quello della *mente istituzionale*, della *mente del Servizio*, dei *piccoli gruppi* in perenne conflitto e quello, infine, delle *menti individuali*, tutte a servizio di una sorta di rimozione coatta del pensiero del dolore, o sarebbe meglio dire del pensiero della *fine*, ricacciato indietro attraverso l'evidenza del suo possibile magico trattamento. All'impotenza istituzionale fa eco l'onnipotenza della quale i pochi medici devono, volenti o nolenti, farsi carico - non so decidermi se vizio o virtù - onnipotenza che permette loro in qualche modo di portare avanti il Servizio: “Non ci si può credere ma funziona!”

Solo così, quindi, non avendo fede nella propria possibilità di poter tollerare il lavoro di elaborazione e il tempo che ci vuole perché si possa fare del dolore un pensiero (o del reparto un reparto funzionante e completo), solo così, con l'onnipotenza magica che sostituisce l'impotenza terrificata, la mente istituzionale crede e sente di poter risolvere il problema del dolore, della cura del dolore, della separazione e, in ultima analisi, della morte.

In questo senso, si può definire *traumatico* quel

⁸ “Il contenuto di questo pensiero dereistico sarebbe costituito da aspirazioni che destano in noi moti interni che commuovono il nostro intimo, tanto che la realtà stessa viene ad essere sostituita da tali aspirazioni al di fuori di essa”, Basaglia F., ‘In tema di pensiero dereistico’, *Annali di psicologia neurologia e psichiatria*, XVII/I, 1955.

dolore che ci colpisce non annientandoci ma facendo sì che restiamo come in un limbo⁹, impreparati e per sempre incompleti. Un dolore che è trattabile solo a grandi costi e altrettanto grandi rischi, che ghiaccia e costringe in una posizione di attesa che non fa altro che ‘curare’ il trauma reiterandolo, o sarebbe meglio dire curandosene in maniera magica e illusoria. In questo modo il dolore non è affrontato, nemmeno immaginato come in qualche modo affrontabile.

Si ha a che fare qui con il pensiero impensabile della completa mancanza di possibilità, di mezzi utili per affrontare la malattia. Lo si fa però in maniera *sognante*, per usare un eufemismo, una maniera che, a mio parere, non sarebbe possibile in un altro luogo, in un altro tempo, con un’altra fondazione e con un altro tipo di malattia.

Non è infatti un caso, forse, che *il dolore dei bambini* si possa affrontare solo nella stessa maniera che hanno i piccoli di far fronte alle cose dolorose o meno, nella modalità ingenua e magica che hanno i bimbi di far divenire controllabile, e quindi meno angoscioso, un mondo che per loro è ancora un posto sconosciuto e, in qualche modo, minaccioso: inventando soluzioni

che starebbero bene solo nella fantasia, ovvero in luoghi e situazioni limite come quelle qui descritte, soluzioni che gli adulti definirebbero anche, e con buona approssimazione, dereistiche o addirittura deliranti, nel senso banale ma adeguato di non aderenti alla realtà delle cose.

Bibliografia

- Armezzani M. Il contributo di Husserl alla psicopatologia. (Che cosa vuol dire essere fenomenologi?). In: Sbraccia F., a cura di, *Schizofrenia: labirinti e tracce. Sogno e schizofrenia*, La Garangola, Padova, 1996.
- Basaglia F. In tema di pensiero dereistico. *Annali di psicologia neurologia e psichiatria*. 1955;XVII/1.
- Bion WR. (1962), *Apprendere dall’esperienza*. Armando, Roma, 2000.
- De Monticelli R. *ATQUE, Il Presente*, Moretti & Vitali, Bergamo, 2008.
- Fornari F. Il parto, nascita, i suoi miti e la paranoia primaria. In Oakley A., et al., *Le culture del parto*, Feltrinelli, Milano, 1985.
- Kaës R, Pinel J-P, et al. *Sofferenza e psicopatologia dei legami istituzionali*, Borla, Roma, 1986.
- Kaës R, Bleger J, et al. *L’istituzione e le istituzioni*, Borla, Roma, 1988.
- López Corvo RE. *Dizionario dell’opera di Wilfred R. Bion*, Borla, Roma, 2006.
- Pontalis JB. *Limbo*, Cortina, Milano, 2000.

⁹ “A quest’altro mondo preferisco non assegnare un posto. Esito anche dare un nome, fosse pure quello di nubi o di fili di seta, fosse pure quello di limbo” (Pontalis, 2000, p. 45)